



Antibiothérapie parentérale en ambulatoire

Comment allier principes du bon usage des antibiotiques et contraintes du domicile ?

Espérie BURNET, IPA, MPH

Coordinatrice paramédicale de la recherche – GHU Centre Paris Cité, APHP



Déclaration d'intérêt de 2014 à 2025

- Intérêts financiers : aucun
- Liens durables ou permanents : aucun
- Interventions ponctuelles : Menarini, Sanofi, Chiesi
- Intérêts indirects : Aucun



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenant** : BURNET Espérie
- **Titre** : Antibiothérapie parentérale en ambulatoire : Comment allier principes du bon usage des antibiotiques et contraintes du domicile ?

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique ☐ OUI ☒ NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents ☐ OUI ☒ NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations ☐ OUI ☒ NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique ☐ OUI ☒ NON

Antibiothérapie parentérale en ambulatoire

- ❖ Parentérale : IV, SC, IM
- ❖ Durée : 2 jours à >12 mois, majorité 7 à 15 jours
- ❖ Contexte de pression sur les lits hospitaliers = **externalisation des soins**
 - Ambulatoire = à domicile → Antibiothérapie parentérale à domicile (APAD)
 - *Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy* (OPAT)
- ❖ **Non-infériorité clinique de la PEC extra-** vs intra-hospitalière démontrée en termes de réhospitalisations à 30 jours
- ❖ **Les coûts sont 30-70% inférieur en ambulatoire vs hospitalier**

Principes du Bon Usage des Antibiotiques (BUA)

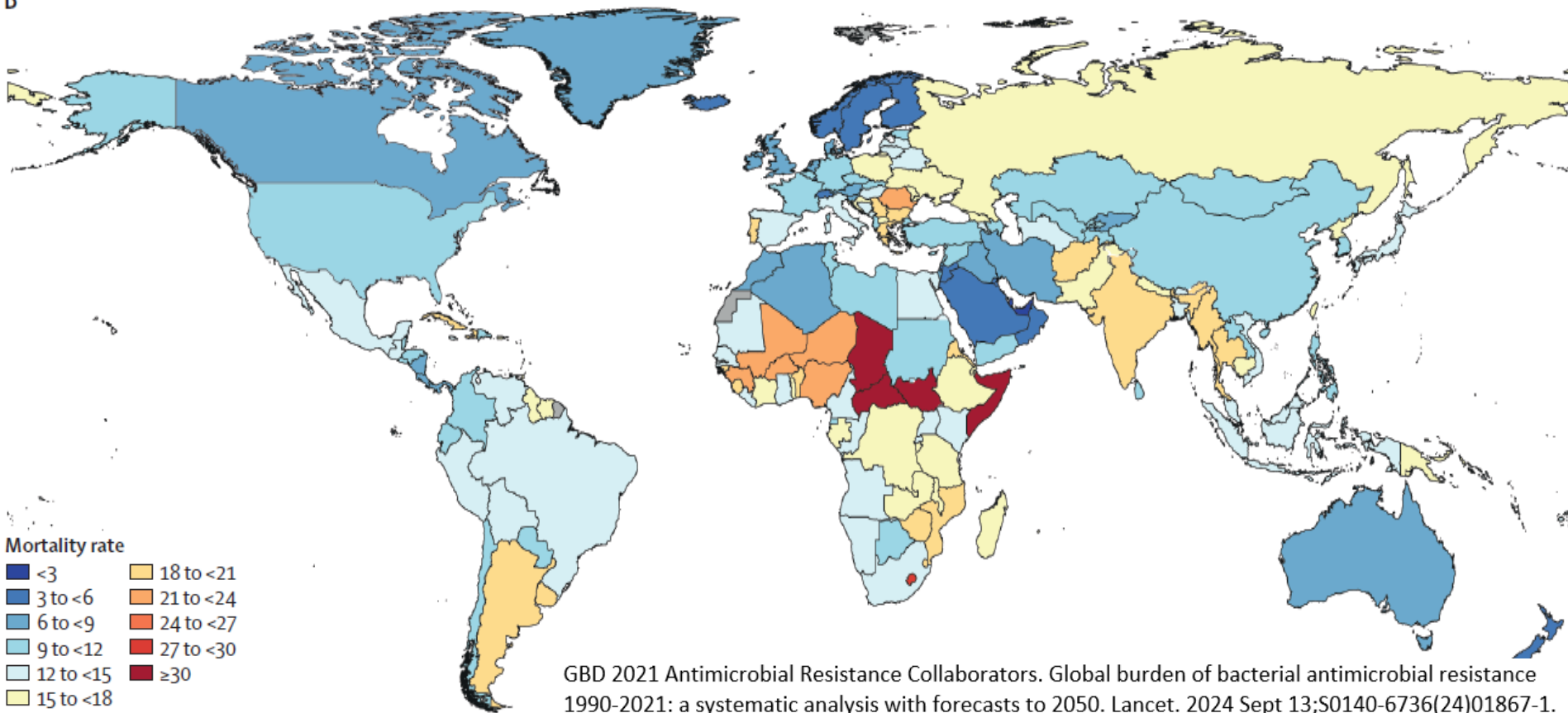
- ❖ Voie parentérale = **antibiotiques de dernière ligne**
- ❖ Consommation d'antibiotiques en France en 2024
 - 860 prescriptions d'atb pour 1000 habitants en officine de ville
 - 1 à 2% sont des atb parentéraux = **600k – 1,2M prescriptions par an**
- ❖ **Bactéries Multi Résistantes (BMR)**
 - « Une des plus grandes menaces pour l'humanité » – OMS
 - L'évolution génétique des bactéries est très rapide
 - Mortalité associée
 - 1.27 M de décès en 2019 (dans le monde) - 33 000 /an en Europe
 - 10 M en 2050 si rien ne change

GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990-2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. Lancet. 2024 Sept 13;S0140-6736(24)01867-1.

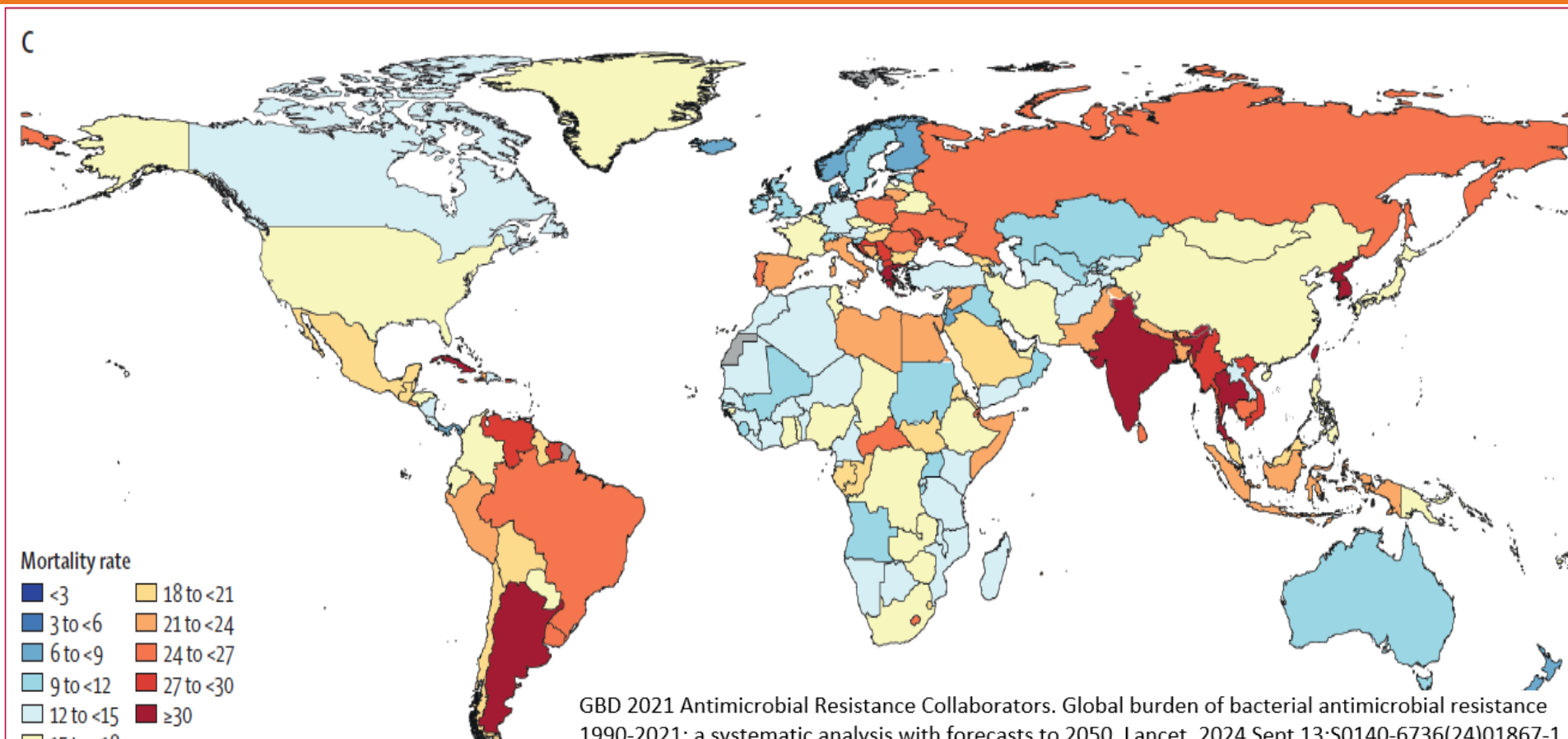
<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/les-prescriptions-et-la-consommation-dantibiotiques-en-secteur-de-ville-augmentent-en-2024>

Taux de mortalité (/100 000) attribuable à des infections à BMR - 2021

B



Taux de mortalité (/100 000) attribuable à des infections à BMR - 2050



Principes du BUA

- ❖ Démarche globale et transversale « **One Health** »
 - Santé humaine, animale et environnementale

- ❖ Objectifs
 - Diminuer l'incidence des infections
 - Optimiser l'usage des antibiotiques
 - Diminution globale de la consommation
 - Choix de la molécule : La plus efficace, la mieux tolérée et au spectre le plus restreint
 - Posologie et durée adaptées aux caractéristiques du pathogène, du site infectieux et du patient
 - Eviter les interruptions de traitement

BUA et contraintes du domicile

- ❖ Choix de la molécule
 - Fréquence d'administration ?
 - Stabilité et soluté ?
 - Temps de passage ?
- ❖ Eviter les interruptions
 - Fiabilité de la voie d'abord ?
 - Réponse aux effets indésirables ?
- ❖ Comorbidités, conditions du logement, autonomie du patient, disponibilité des aidants ?

Comment allier BUA et APAD ?

❖ Recommandations et critères qualité

- **Unités dédiées**

- Référent antibiotique
- Pharmacien
- Microbiologiste
- Infirmier expert - coordinateur (IDEC)

- **Suivi et surveillance**

- Infirmier : canal de communication efficace patient // IDEL // prescripteur pour l'identification et la gestion des effets indésirables

- **Gestion et gouvernance : responsabilité**

APAD en France

❖ Organisations « ad hoc »

- **Intervention d'un référent antibiotique** : pas toujours possible
- Offre de soins à domicile dominée par des acteurs privés : **pharmacies de ville, infirmiers libéraux (IDEL) et PSDM**
 - Disparités territoriales
 - Rôle croissant des **Prestataires de services** et distributeurs de matériel (PSDM)
- **Hospitalisation à Domicile** : circuit parallèle pour les patients les plus sévères et complexes, variable selon les territoires
- **IDEC** en lien avec le prescripteur : rare et peu évalué

APAD en France

❖ Freins à une mise en œuvre efficace du BUA

→ Enquête auprès d'IDEL à l'échelle nationale (Raux et al., 2025)

520 répondants

- **Prescriptions inadaptées**

- Durée de perfusion et intervalles manquants : 66%
- Soluté non précisé : 42%
- Durée du traitement non précisée : 30%
- Prescription illisible : 34%

- **Problème de matériel**

- Réception retardée : 70%
- Matériel inadapté : 38%

- **Effets indésirables liés à la molécule ou à la voie d'abord : 33%**

Rôle des IDEC

❖ Missions

- **Coordination** des intervenants de ville → pas de délai avant mise en route du traitement à domicile
- Lien entre patient, IDEL et prescripteur → **diagnostic et réponse précoce devant un EI** lié à la molécule
- Gestion en externe des **problèmes liés à la voie d'abord**
- Expertise clinique permettant **d'identifier un manque d'efficacité** du traitement prescrit

❖ Diminuent le risque de réhospitalisation non programmée ?

❖ Diminuent le risque d'interruption du traitement ?

❖ Diminuent le risque d'émergence des résistances ?

Rôle des IDEC

- ❖ Diminution des réhospitalisations non programmées
 - Etude Avant / Après introduction d'une IDEC – réhospitalisations non programmées à 30j et 60j sur 12 mois
 - 428 Adultes (hors mucoviscidose)

Table 2. Frequencies of 30-day and 60-day unplanned OPAT-related hospital readmissions between OPAT programs, *n* (%)

	Preintervention OPAT program (<i>N</i> = 73)	Post-intervention OPAT program (<i>N</i> = 355)	Standardized difference
30-day hospital readmission	11 (15.1%)	21 (5.9%)	0.28
60-day hospital readmission	13 (17.8%)	22 (6.2%)	0.33

- Réduction des coûts moyens : \$5 685 vs \$2 201 (↓ 61%) après ajustement pour l'âge et séjour en réanimation avant la sortie d'hospitalisation

APAD en France

❖ Consultation infirmière

- Etude Pilote à Rennes en 2018-2019 → introduction de consultations infirmières de suivi d'APAD + astreinte téléphonique après formation de 60h (financement ARS)
 - 95% satisfaction patients (n=21)
 - 100% satisfaction médecins (n=10)

❖ Étude exploratoire à Paris (Cochin) : 4 parcours d'APAD au sein d'une même structure

- Avec ou sans référent antibiotique
- Avec ou sans IDEC

→ Efficacité et coût efficacité de l'IDEC ?

Conclusions et Perspectives

Allier principes du BUA et contraintes du domicile n'est pas simple

Les IDEC peuvent sécuriser les prises en charge et réduire le risque de réhospitalisation et d'émergence de résistances mais leur plus value reste peu évaluée

Dynamique en cours

- ❖ Création des CRA_{tb} en 2022
- ❖ Nombre d'EMA et référents antibiotiques croissant
- ❖ Feuille de route interministérielle 2024-2034 – pas de mention spécifique du déploiement des IDEC

→ Déploiement d'IDE experts auprès de chaque référent antibiotique et dans chaque EMA pour le suivi et la surveillance des APAD en France ?

Bibliographie

Berrevoets, M.A.H. *et al.* (2018) « Quality of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) care from the patient's perspective: a qualitative study », *BMJ open*, 8(11), p. e024564. Disponible sur: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024564>.

Burnet, E. *et al.* (2025) « Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy in a Tertiary Hospital in France: A Description of Service Models and Costs », *Antibiotics*, 14(10), p. 971. Disponible sur: <https://doi.org/10.3390/antibiotics14100971>.

Deng, H. *et al.* (2023) « Cost evaluation of a nurse coordinated outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) program », *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*, 3(1). Disponible sur: <https://doi.org/10.1017/ash.2023.526>.

Diamantis, S. *et al.* (2021) « Terms of use of outpatient parenteral antibiotic therapy », *Infectious Diseases Now*, 51(1), p. 14-38. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jmedmal.2020.06.004>.

Emilie, C. *et al.* (2022) « Survey of delivery of parenteral antimicrobials in non-inpatient settings across Europe », *International Journal of Antimicrobial Agents*, p. 106559. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2022.106559>.

GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators (2024) « Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990-2021: a systematic analysis with forecasts to 2050 », *Lancet (London, England)*, p. S0140-6736(24)01867-1. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01867-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01867-1).

Gilchrist, M. et Seaton, R.A. (2015) « Outpatient parenteral antimicrobial therapy and antimicrobial stewardship: challenges and checklists », *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 70(4), p. 965-970. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/jac/dku517>.

Bibliographie

Mainguy, A. *et al.* (2022) « La coordination de la prise en charge par un IDE expert en antibiothérapie permet d'éviter des complications graves des voies veineuses à domicile », [//www.em-premium.com/data/revues/27727432/v1i2sS/2772743222003488/](https://www.em-premium.com/data/revues/27727432/v1i2sS/2772743222003488/) [Preprint]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.u-paris.fr/article/1520692/resultatrecherche/1> (Consulté le: 22 juin 2022).

Mohammed, S. A. *et al.* (2024) « Barriers and facilitators for the implementation and expansion of outpatient parenteral antimicrobial therapy: a systematic review », *The Journal of Hospital Infection*, 147, p. 1-16. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2024.02.006>.

Mohammed, Solomon Ahmed *et al.* (2024) « Safety and efficacy of outpatient parenteral antimicrobial therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials », *International Journal of Antimicrobial Agents*, 64(2), p. 107263. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2024.107263>.

Noble, A.L. *et al.* (2026) « 2026 Updated good practice recommendations for outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in adults and children in the UK », *JAC-antimicrobial resistance*, 8(2), p. dlag044. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/jacamr/dlag044>.

Raux, S. *et al.* (2025) « Optimizing Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy (OPAT): A survey of community nurses' practices in France », *Infectious Diseases Now*, 55(6), p. 105088. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2025.105088>.

Triffault-Fillit, C. *et al.* (2018) « Outpatient parenteral antibiotic therapy: Evaluation of practices and limits of use in rural areas in France », *Médecine et Maladies Infectieuses*, 48(2), p. 130-135. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2017.09.008>.

Merci pour votre attention

Des questions ?

esperie.burnet@aphp.fr